

A kiégés, mint valós veszély Adalékok a kiégés szindróma kutatásához

Csehák Augusztia, Papp Anita
főiskolai tanársegéd

Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolási Tanszék
e-mail: gusztia@efk.u-szeged.hu, panita@efk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: kiégés, emocionális kimerülés, deperszonalizáció, ápolás, teljesítő képesség csökkenése

Összefoglalás

Bevezetés: A kiégés szindróma kutatása az 1970-es években az USA-ban (Freudenberger 1974. Maslach 1976.) kezdődött, azonban a hazai kutatások csak a 90-es években váltak figyelemfelkeltővé (Fekete, 1991. Hézsér, 1996.). Maslach és Jackson 1981-ben készítette el vizsgálati eszközét, a *Maslach Burnout Inventory*-t (MBI), és az addig főleg leíró jellegű kutatások ezzel az objektív mérési eszközzel már lehetővé tették az egyes kiégési stádiumok feltárását az egészségügyi dolgozók körében. A jelen kutatásainkat a kiégés, mint valós veszély inspirálta és a változtatni akarás vezérelte.

Célkitűzés: Hasonlóan a releváns szakirodalomhoz, a vizsgálatok célja az volt, hogy további összefüggéseket keressen az ápolói szakma és a kiégés szindróma között, különös tekintettel annak okaira, megjelenő tüneteire, illetve az egyes megküzdési technikák megismerésére. A vizsgálat kiterjedt a munkából eredő stresszhatásokra (beosztás, túlóra, pályaelhagyás) és az ezeket befolyásoló tényezőkre.

Módszer: Vizsgálatainkat a Szegedi Tudományegyetem különböző klinikai osztályain dolgozó ápolók körében végeztük el 2002-ben, majd 2003-ban. Mindkét esetben az intenzív osztályon dolgozó ápolók eredményeit hasonlítottuk a nem intenzív (belgyógyászati és sebészeti jellegű osztályok, pszichiátria) osztályokon dolgozó ápolókéhoz. Az első vizsgálat ($n = 103$) önkitöltős, egyénileg összeállított kérdőíves módszerrel történt. A fő kérdéscsoportok a kiégés kialakulásával összefüggő tényezőket, illetve a kiégés tüneteinek meglétét vagy hiányát kívánták feltárni, továbbá a kutatás kiterjedt a különböző feszültségoldó módszerekre is. A második vizsgálatot a Maslach Burnout Inventory - önkitöltős kérdőívvel végeztük ($n = 114$). Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt, illetve a Mann-Whitney non paraméteres próbát alkalmaztuk a folyamatos változók megállapítására.

Eredmények: Szignifikanciát lehetett kimutatni az emocionális kimerüléssel kapcsolatban az életkor ($p < 0,025$) és az egészségügyben eltöltött idő ($p < 0,001$) között. Az intenzív osztályon dolgozóknak mintegy 25%-a, a nem intenzív ellátást nyújtó osztályon dolgozók 30%-a másodállást vállal, emellett 60%-a túlórázik is a munkahelyén. A személyes teljesítést befolyásoló szomatikus tünetek, mint az alvászavar, fáradékonyság, gyomorpanaszok, fejfájás, a jelen kutatásban is megjelentek, amelyek tovább rontják az ellátás minőségét és csökkentik az ápolók teljesítményét.

Bevezetés

A burnout syndrome a tartósan fennálló érzelmi és interperszonális munkahelyi stresszre adott válasz, amelyet a kimerültség, cinizmus és a hatékonyság hiányának hármasa jellemez.(1) Ez a jelenség a mai magyar egészségügyben nagy problémát jelent, és ennek ellenére sajnos a dolgozók lelki egészségvédelme nem kiemelt terület. Ahhoz azonban, hogy ezen változtatni tudjunk, adatokra és bizonyítékokra van szükségünk. Kutatásaink eredményeivel ezt az adatbázist szeretnénk bővíteni.

A kiégés szindróma kutatása az 1970-es években, az USA-ban (*Freudenberger, 1974. Maslach, 1976.*) kezdődött. A kezdeti tanulmányok javarésze leíró jellegű volt és főleg interjúkat, esztanulmányokat és megfigyeléseket tartalmaztak, amelyekre alapozva készítette el Maslach és Jackson a *Maslach Burnout Inventory-t* (MBI 1981.). A kérdőív az egészségügyben dolgozók emocionális kimerülését, depersonalizációját és a személyes teljesítmény csökkenését mérte. A hazai kutatások csak a 90-es években váltak figyelemfelkeltővé (*Fekete, 1991. Hézsér 1996. Hegedűs 2000.*), amelyekben azóta is gyakran alkalmazzák a már említett módszert, de előnyben részesítik az egyénileg összeállított kérdőíveket is. A saját készítésű kérdőívek főként a kiégés okait, illetve annak következményeit kívánják megismerni. Maslach és munkatársai is - már 1996-ban a kiégés leírásán túl - az okok feltárására helyezték a hangsúlyt.

Az egészségügyben végzett munkának, a dolgozó személyiségének, társas kapcsolatainak, az interperszonális kommunikációnak vannak olyan jellegzetességei, amelyek stresszkeltőek lehetnek.(2) A munkakör jellege, a túl sok dokumentáció, a hosszú munkaidő, a pihenőnapok kiadásának részleges hiánya, a rutin munkatevékenység, a mások életéért való küzdés mind- mind olyan tényezők melyek a burnout syndrome kialakulásában predisponálóak. Hazánkban jelenleg az ápolói hivatás lényegi átalakuláson megy keresztül. A szakma egyre fokozódó differenciálódása, illetve az ápolás elfogadása és tudományos igényű megközelítése a változás sarkalatos, kiemelendő pontja. Ennek kapcsán nőnek a szakmával szembeni követelmények, szaporodnak a kihívások, illetve felszínre kerülnek azok a problémák, amelyek az ápolók

stressz terheltségét és munkaelégedettségét is befolyásolják. Fokozottabban jelentkezik a szakma belső ellentmondásai és nehézségei. Azokon a munkahelyeken, ahol magas a stressz szint, ott általában nagy a hiányzási arány, magas a táppénzes napok száma, növekszik a dolgozók fluktuációja. (3) A rossz munkatársi kapcsolat miatt az információáramlás sérül, szétesik a munkahelyi kollektíva, amely eredményeként a munkavégzés nem kielégítő. A Munkahelyi Bizottság és az Egészség Európai Irodájának (2002) becslése szerint a foglalkozási stressz okozta költségek az akkori 15 európai uniós tagállamban évente 20 milliárd euróra rúgtak, ami azt jelenti, hogy a stressz nem csak a munkavállalók egészségét befolyásolta, hanem közvetett módon a gazdaságot is.

Cherniss (1990) kutatásaiban rámutatott arra, hogy a kiégés tipikus tünetei közé tartozik az alvászavar, sorozatossá válnak a banális betegségekről történő „jelentések” (pl.: megfázás miatt), az étvágytalanság és a gyakori fejfájás. Emellett az említett kutatás utal a szindrómához kapcsolódó káros szenvedélyek meglétére, és mértékére. „Ugrásszerűen megnő az alkoholizmus, a gyógyszerektől való függőség veszélye, valamint állandósulnak a családi és házassági problémák.” (4) Egy 2003-ban Szegeden (Piczil, Pikó) végzett kutatás (n=201) - amely az ápolók körében előforduló kockázati magatartásformák (alkoholfogyasztás, kávézás, dohányzás) gyakoriságát, pszichoszomatikus tünetek előfordulását vizsgálta- megállapította, hogy az ápolók körében elfogadott feszültségoldó technikák közé tartozik a dohányzás (51,3% több- kevesebb rendszerességgel dohányzik), és alkoholfogyasztás (54,0% fogyaszt alkohol alkalmanként). Az érzelmi kimerültség pozitívan korrelált a dohányzással és a pszichoszomatikus tünetek fennállásával. Pozitív korrelációs kapcsolatot mutattak ki az elszemélytelenedés, a pszichoszomatikus tünetek, valamint a dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében is.(5)

Célkitűzés

Célkitűzéseink között szerepelt annak a megállapítása, hogy befolyással van-e a tünetek megjelenésére az ápolási osztály jellege, továbbá annak a feltárása, hogy a szociodemográfiai faktorok (életkor, egészségügyi végzettség, az egészségügyben

eltöltött idő) és a kiégés között milyen kapcsolat van. A vizsgálat ezen kívül kiterjedt a munkából eredő stressz hatásokra (beosztás, túlóra, pályaelhagyás) és az ezeket befolyásoló tényezőkre.

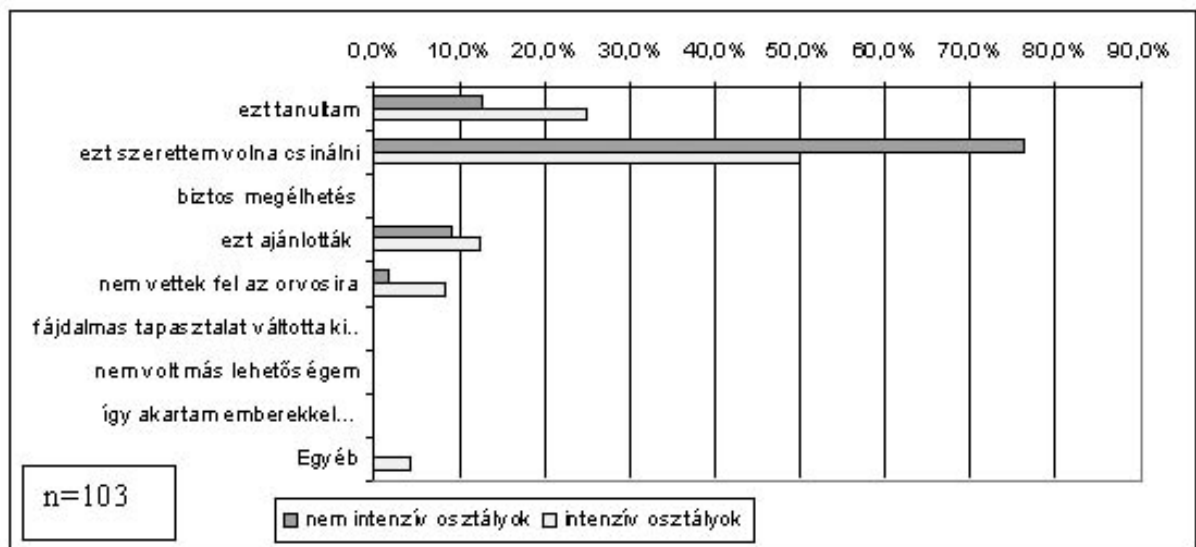
Módszer

Felméréseket végeztünk két alkalommal, 2002-ben, majd 2003-ban a Szegedi Tudományegyetemen. Mindkét esetben az intenzív osztályon dolgozó ápolók eredményeit hasonlítottuk a nem intenzív osztályokon dolgozó ápolókéhoz (belgyógyászati és sebészeti osztályok, pszichiátria). Az első vizsgálat – elővizsgálat jelleggel - 2002-ben ($n = 103$), önkitöltős, egyénileg összeállított kérdőíves módszerrel történt. A kérdőív nyitott és zárt kérdéseket tartalmazott. A szociodemográfiai adatok mellett a fő kérdéscsoportok a kiégés kialakulásával összefüggő tényezőket, illetve a kiégés tüneteinek meglétét vagy hiányát kívánták feltárni. A kutatás továbbá kiterjedt a különböző feszültségoldó módszerekre is. A második vizsgálatot 2003-ban már a Maslach Burnout Inventory - önkitöltős kérdőívvel

végeztük el ($n = 114$). Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt, illetve alkalmaztuk a Mann-Whitney non paraméteres próbát a folyamatos változók megállapítására. A megkérdezettek átlagéletkora 32 év volt. A mintában szereplők egészségügyben eltöltött idejének átlaga 10,8 év.

Eredmények

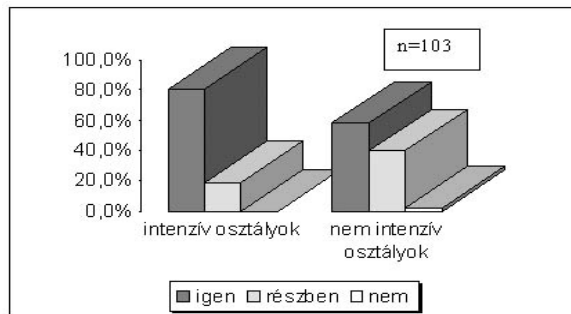
A burnout syndroma szinte minden foglalkozásnál előfordulhat, azonban az egészségügyi dolgozók és a professzionális segítők körében ez speciális intenzitású, amely magából a segítő tevékenységből fakad (6). A kiégés szindróma prevenciójában éppen ezért lényeges elem a megfelelő pályaválasztás, a professzionális segítő foglalkozás választásának előzetes és tartalmi átgondolása. Vizsgálatunkban az intenzív osztályon dolgozók 50%-a azért választotta ezt a munkát, „mert ezt szerették volna végezni”, 25% pedig „ezt tanulta”. A nem intenzív osztályokon az ápolók több mint 70%-a „szerette volna ezt a munkát végezni” (1. sz. diagram).



1. sz. diagram Ki miért választotta az ápolói hivatást (2002-es vizsgálat)

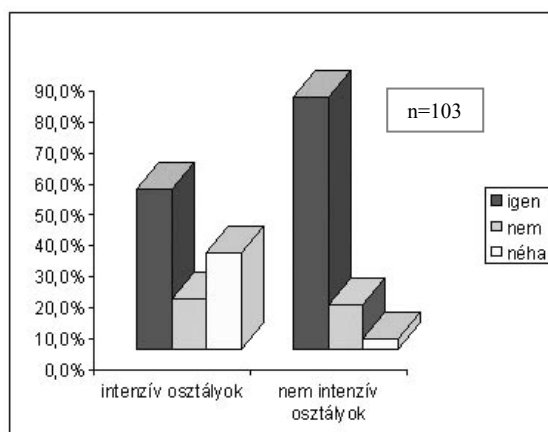
A hivatás gyakorlásában hosszú távon az is meghatározó, hogy az ápolót szakképzettségének megfelelően foglalkoztassák, mert amennyiben nem ez történik, az feszültséget eredményez. A 2. számú diagram adatai szerint a nem intenzív ellátást nyújtó osztályokon az ápolók 40%-a csak részben a képzettsége szerint foglalkoztatott, vagyis olyan tevékenységeket

is elvégez, amelyek eredetileg nem tartoznak a feladatkörébe. Az intenzív ellátásban dolgozók közel 80%-a a végzettségének megfelelő munkakört tölt be. A team munka egyik alapját az ápolók végzettség szerinti foglalkoztatása jelenti.



2. sz. diagram Szakképzettség szerinti foglalkoztatás megítélése (2002-es vizsgálat)

Amennyiben egy magasabb végzettségű ápoló rendszeresen a kvalifikáltságához viszonyítottan alacsonyabb kihívású munkát végez, az hosszútávon megterhelő és tartós frusztrációhoz vezet. Az ápolói státuszok azonban nem az igény szerint vannak feltöltve, hanem az anyagi lehetőségek dominálnak, és így az ebből fakadó frusztráló hatással számolni kell. A tartósan távollévő (Pl.: GYES, betegség) magas kvalifikáltságú ápolók pótlása - szakképzett ápolók hiányában, valamint a kedvezőtlen gazdasági tényezők miatt - a legtöbb intézetben szakképzetlen munkavállalókkal történik, amelyek előnytelen hatására Szloboda vizsgálata mutatott rá. A fluktuáció, vagyis a kilépő dolgozók száma az elmúlt 5 évből 3 évben is meghaladta a belépők számát, viszont a belépők számának erős ingadozása mellett a kilépők száma folyamatos csökkenést mutat. (7)



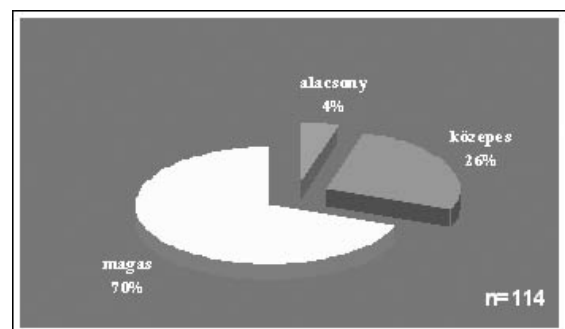
3.sz. diagram Túlóra-vállalás az egyes osztályokon (2002-es vizsgálat)

A kiégés kialakulásában további prédisponáló tényező a túlóra-túlmunka vállalása. Az egészségügyben dolgozók alacsony bérezése miatt nagyon sok ápoló többlet munkát vállal, hogy elfogadható anyagi

körülmények között élhessen. Az intenzív osztályon dolgozóknak mintegy 25%-a, a nem intenzív osztályon dolgozók 30%-a vállal másodállást. A másodállás mellett az ápolók 60%-a túlórázik is a munkahelyén. Nem csoda, hogy fáradtan, rosszkedvűen érkeznek dolgozni, amely kihat az egészségi állapotukra, befolyásolja munkavégzésüket (3. számú diagram).

A vezető tünetek: alvászavar, fáradékonyság, gyomorpanaszok, fejfájás, amelyek közül a gyomorpanaszok tipikusan a stresszel függenek össze.(9) Hasonló eredményeket kapott Pikó egy 2001-es vizsgálatban, melyben szintén vezető tünet volt a fáradtságérzés, alvászavar, derék- és hátfájás, gyomorfájás.(10) Ezeket az adatokat támasztotta alá a 2003-ban végzett kutatásunk is. Szloboda által 2004-ben publikált cikk szerint az ápolói szakma továbbra sem vonzó a fiatalok körében. Ennek okai a folyamatos munkavégzés, fokozott fizikai és pszichés megterhelés, alacsony társadalmi és szakmai presztízs, valamint a bérezés. (7)

Az emocionális kimerülésről akkor beszélünk, amikor az ember saját korlátait túllép és saját érzelmi, és fizikai forrásaiból kimerül. A burnout három tünetcsoportja közül ezt a tényezőt említik a leggyakrabban és elemzik a legalaposabban. Shirom (1989) szerint a kiégés másik két tünetcsoportja (deperszonalizáció, személyes teljesítmény csökkenés) felesleges vagy véletlenszerű velejárója a szindrómának. Maslach véleménye szerint azonban a kimerülés nem csupán egy olyan jelenség, amelyet egyszerűen meg tapasztal az ember, hanem inkább olyan reakciók kiváltója, amelyekkel távolságot tud tartani emocionálisan a saját munkájától. (11) Az emocionális kimerülés a megkérdezettek 70%-ánál jelen volt (4. számú diagram).

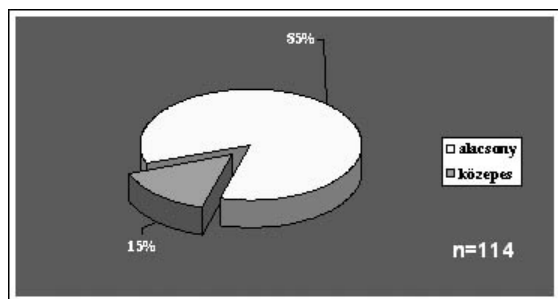


4.sz. diagram Emocionális kimerülés eredményei (2003)

Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozók érzelmi téren ebben az időszakban nem tudnak többet nyújtani azoknak az embereknek, akik őket körülveszik, a betegeknek, kollégáknak, hozzátartozóknak. Ezért nagyobb a kockázata az én-védő magatartás kialakulásának és az alacsonyabb munkateljesítménynek. Ezáltal az ápolás minősége romlik, a betegek elégedettsége csökken, sérül a betegvezetés, háttérbe szorul a holisztikus szemlélet.

Az életkor ($p<0,025$) és az egészségügyben eltöltött idő ($p<0,001$) a statisztikai próba alapján szignifikanciát mutatott az emocionális kimerüléssel. Tehát minél hosszabb az egészségügyben eltöltött munkaviszony, annál nagyobb a valószínűsége az emocionális kimerülésnek. Mivel azonban az életkor és a munkaviszony kezdete általában szorosan összefügg, valószínűsíthetően ezért lehetett szignifikanciát kimutatni az életkor esetében is.

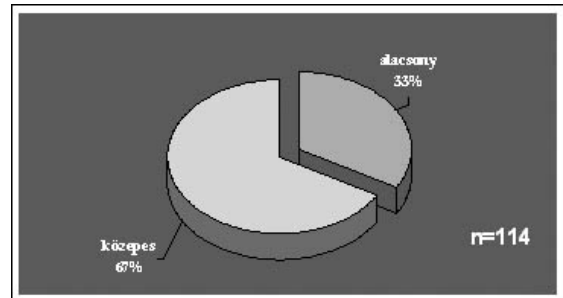
Pines és munkatársai (1990) „Kiegészítve az unalomtól az önfejlesztésig” című munkájukban a következő tüneteket írták le a deperszonalizációra vonatkozóan: Az érintettebben negatív beállítódás alakul ki önmagukkal, a munkával és általában az élettel szemben. Dehumanizáló magatartást alakítanak ki azokkal szemben is, akiknek segíteniük kellene. (4, 12) Gyakran negatív viszony tapasztalható a kollégákkal, és a betegekkel való interakció során is. Az egyénnek ezért büntudata van, hátrít, redukálja a munkát. (13) Az elszemélytelenedést az egészségügyi dolgozók nem érzékelik munkájuk során. Ezt mutatja az 5. számú diagram is, amely szerint 85% saját megítélése szerint nem kezeli tárgyként a pácienseket, nem érzi, hogy magatartása cinikus lenne.



5.sz. diagram A deperszonalizáció mértéke (2003)

A személyes teljesítmény csökkenésének jellemzői sorában megtalálható a tehetetlenség, a sikertelenség megélése, és az elismerés hiánya, amelyek a túlterheltség érzetét keltik.

(11) A teljesítmény csökkenését, a dolgozók közel háromnegyede (67%) közepesnek ítélte meg, amely azt jelenti, hogy a megkérdezettek nagy százaléka szerint kevesebbet teljesít, mint korábban, s csak kis mértékben (33%) gondolják úgy, hogy nem változott a teljesítményük (6.számú diagram).



6. sz. diagram A személyes teljesítmény csökkenése (2003)

Következtetések

A kiegészítő szindróma öndiagnózis. A segítő szakmában időnként meg kell állni és megfogalmazni azt, hogy milyen motiváció tart a pályán és mit jelent a segítés. A kiegészítő folyamata megtörhető, módosítható, de fontos, hogy figyeljünk magunkra, kollégáinkra, alkalmazzuk a preventív technikákat, s ha kell, vegyük igénybe a szakellátást. (9)

Lényeges szempont a prevenció oldaláról a változások menedzselésének beépítése az oktatásba, mivel a különböző technikák elsajátításával javítható a lelki egészség védelme. (13) Az ápolói gyakorlatban célszerű hangsúlyt fektetni a munkafolyamatok racionalizálására, gazdaságosabbá tételére, gondolunk itt a jól képzett szakszemélyzet megfelelő szintű foglalkoztatottságára, a munkatevékenységek felosztására, és az autonómia biztosítására. (9)

Alapvető fontosságú a megfelelő szakmai fejlődés és karrier lehetősége is, vagyis segíteni kell a dolgozót a pozitív szakmai jövőkép kialakításában.

Jó munkahelyi légkör kialakítása, a vezetési stílus fejlesztése, mentálhigiénés vagy pszichológus szakember biztosítása, továbbá a konfliktuskezelő tréningek, az egyéni és csoportos megbeszélések, szupervíziók biztosítása mind-mind hozzájárulhatnak szervezeti szinten a kiegészítő szindróma kialakulásának megelőzéséhez. Az esetmegbeszélések, stábmegbeszélések kapcsán lehetőség nyílt volna nemcsak a hibák feltárására, hanem a

teljesítménycsökkenésből adódnak, hanem a terhelések megváltoztatására is, például az egyéni munkaköri leírások készítésével. Az egyéni munkaköri leírás segítheti a teljesítmény reális értékelést, és orientálhatja a dolgozót a további lépések eldöntésében. A kutatásokat a változtatni akarás vezérelte, amelynek az első lépése a problémák feltárása volt. A vizsgálatok bebizonyították a probléma meglétét, annak súlyosságát. A tovább

lépéshez a segítő foglalkozás gyakorlóinak Florence Nightingale gondolatait idézzük és ajánljuk megfontolásra:

„Időt kell hagynunk önmagunk testének és lelkének ápolására, csak akkor tudunk mások testével és lelkével igazán törődni

Irodalom

1. Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter Job Burnout Annu. Rev. Psychol. 2001. 52:397-422.
2. Pikó Bettina, Piczil Márta "És rajtuk ki segít...?" Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. SzocHáló-társadalompolitikai online, 2000.
3. Pikó Bettina, Piczil Márta Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. Lege Artis Medicinae 1998 8. (10.) 728-734.
4. Hézszer Gábor Miért? Kálvin, Budapest 1996.
5. Piczil Márta, Pikó Bettina Az ápolói hivatás pszichoszociális kihívásai Egészségügyi menedzsment 2003. szeptember-október 29-33.
6. Horváth Ágnes Miről lehet megismerni a kiégési (burnout) szindrómát? Ápolásügy 2001. 14. (2.)
7. Szloboda Imréné Jótékony hatású béremelés Egészségügyi menedzsment 2004. dupla szám 32-36.
8. Jeges Sára, Tahin Tamás Egészségügyi szakdolgozók szakmai és társadalmi differenciálódása. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1982. 20. 48-69.
9. Csehák Augusztina Az ápolói hivatás egyik „csapdája”, a burnout syndroma Tanulmányok az ápolástudomány köréből II. Szeged, 2003.
10. Pikó Bettina A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata Lege Artis Medicinae 2001.11. (4) 318-325.
11. Maslach-Schaufeli-Leiter Job burnout Annu. Rev. Psychol. 2001.52: 397-422.
12. Fekete Sándor Segítő foglalkozások kockázatai Helfer-szindróma és burnout-jelenség. Psychiatria Hungarica, 1991. VI. 17-29.
13. Pálfi Ferencné Kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. Egészségügyi menedzsment 2002. IV. (2.) 20-24.

Burnout as a real threat

Contribution to the research of the burnout syndrome

Csehák, A. – Papp, A.

University of Szeged Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

e-mail: gusztai@efk.u-szeged.hu, panita@efk.u-szeged.hu

Keywords: burn out, emotional fatigue, depersonalisation, nursing, decline of abilities

Summary

Introduction: The research of burnout syndrome started in the USA in 1970's (*Freudenberger 1974, Maslach 1976*) but the Hungarian studies drew attention only in the 1990's (Fekete 1991, Hézszer 1996). Maslach and Jackson created their research tool, the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) in 1981 and this objective measurement instrument made it possible to explore the stages of burnout among health care workers instead of the previous descriptive studies. Our research was inspired by the real threat of burnout and lead by wanting to change.

Purpose: Similarly to the relevant literature the aim of the research was to find further connections between the profession of nursing and the burnout syndrome, especially looking at the its reasons, symptoms and understanding some coping techniques.

Method: Our survey was made among nurses at different clinical departments of the University of Szeged in 2002 and 2003. In both cases the results of the nurses at intensive care units were compared with those of non-intensive units (internal medicine, surgery, psychiatry). The first survey ($n=103$) was made with self fill-in questionnaire compiled by us. The main groups of questions intended to explore the factors of the beginning of burnout and the presence or lack of the symptoms and our research looked at the tension releasing methods as well. We made the second survey with the Maslach Burnout Inventory self fill-in questionnaire ($n=114$). We processed the data with the basic statistical probes and we used the Mann-Whitney non-parameter probe for the establishment of the continuous variables.

Results: Significance has been shown between age ($p<0.025$) and the time spent in health care ($p<0.001$) in connection with emotional fatigue. 25 % of the intensive care unit workers and 30 % of the non-intensive care workers undertook second jobs and 60 % work extra hours at their work place. The somatic symptoms that influence personal performance such as insomnia, fatigue, gastric complaints and headaches have appeared in this survey too, which hinder the quality of the service and decrease the performance of nurses.
